

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Sirle Suurväli

ERINEVUSED PERSONAALSETES VÄÄRTUSTES: TERVISESPORTLASTE JA
SPORDIGA MITTE TEGELEVATE INIMESTE VÕRDLUS

Magistritöö

Juhendaja: Toivo Aavik, PhD

Läbiv pealkiri: Personaalsed väärtused ja tervisekäitumine

Tartu 2015

Kokkuvõte

Erinevused personaalsetes väärtustes: tervisesportlaste ja spordiga mitte tegelevate inimeste võrdlus

Personaalsete väärtuste (PVQ-R3), subjektiivse heaolu (SWLS), tervisliku seisundi (RAND 36) ja emotsioonide kogemise (NEPO-Y) võrdlusel tervisesportlaste (N=120) ja kontrollgrupi (N=130) näitel selgus, et tervisesportlased väärtustasid võrreldes kontrollgrupiga kõrgemalt kehalist tervist ($p < .01$), madalamalt mainet ($p < .01$) ja ühiskondlikku turvalisust ($p < .01$), hindasid kõrgemalt subjektiivset heaolu ($p < .05$) ning kõrgemalt enda tervislikku seisundit füüsilise funktsioneerimise ($p < .05$), füüsilistest probleemidest tingitud piirangute ($p < .01$), energia ja väsimuse ($p < .05$) ning üldise tervise ($p < .05$) alaskaaladel. Tervisesportlased raporteerisid madalamat negatiivset afekti ($p < .01$), positiivsete emotsioonide kogemisel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Kehalise tervise väärtustamine suurendas 1,5 korda šanssi tervisesportlaste hulka kuulumiseks, maine ($p < .02$), ühiskondlik turvalisus ($p < .01$) ja enesemääratlus teona ($p < .01$) ennustasid 1,5 korda suuremat šanssi kontrollgrupi hulka kuulumiseks.

Abstract

Differences of personal values: a comparison of recreational athletes and non-athletes

By comparing the personal values (PVQ-R3), subjective well-being (SWLS), state of health (RAND 36) and emotional experience (NEPO-Y) of recreational athletes (N = 120) and the control group (N = 130), the results show that recreational athletes value bodily health ($p < .01$) higher, but face ($p < .01$) and social security ($p < .01$) lower than the control group. They also rate their subjective well-being ($p < .05$) higher and rate their state of health higher on the subscales of physical functioning ($p < .05$), role limitations due to physical health ($p < .01$), energy/fatigue ($p < .05$) and general health ($p < .05$). Recreational athletes report lower negative affect ($p < .01$) but concerning positive emotional experience the results were not statistically significant. A person valuing bodily health higher has a 1,5 times higher chance of being a recreational athlete while a person valuing face ($p < .02$), social security ($p < .01$) and self-direction (action) ($p < .01$) has a 1,5 times greater chances of belonging to the control group.

Sissejuhatus

Käesolev magistritöö võrdleb tervisespordiga tegelevate ja mitte tegelevate inimeste personaalseid väärtuseid, subjektiivset heaolu, tervislikku seisundit ning negatiivset ja positiivset afekti. Inimesed peavad tervist tähtsaks väärtuseks, mis on aluseks nende kehalisele, vaimsele ja sotsiaalsele heaolule, antud töös on käsitletud tervist kui personaalsete väärtuste osa, mida originaalis eraldi väärtuseks pole peetud. Seega otsitakse vastust, milliste väärtuste abil saab ennustada tervisespordiga tegelejate või mitte tegelejate gruppi kuulumist ning millised väärtused võiksid neid iseloomustada.

Väärtusteooria

Definitsiooni järgi on väärtused suhteliselt stabiilsed situatsiooniülesed eesmärgid, mis varieeruvad tähtsusest ning juhivad inimeste taju, hoiakuid ja käitumist läbi konteksti, kultuuri ja aja. Väärtused on kui kriteeriumid, mille alusel inimesed annavad hinnangu tegevustele, sündmustele ja teistele inimestele (Schwartz, 1992; Bilsky & Schwartz, 1994). Väärtused muudavad mõned käitumisviisid atraktiivsemaks kui teised ning avaldavad mõju nii lühiajaliste kui pikaajaliste eesmärkide saavutamiseks vajaliku käitumise valikule (Feather, 1995). Väärtused arenevad sotsiaalse suhtlemise käigus eeskujudega nagu näiteks vanemad või õpetajad. Seega on väärtused õpitud ning kalduvad olema kultuuriti saranased, sest jagatud väärtused antakse edasi ühelt põlvkonnalt teisele (Meglino & Ravlin, 1998). Väärtused on rohkem juurdunud, stabiilsemad ja üldisemad kui hoiakud (England & Lee, 1974).

Rokeach (1973) leidis, et väärtustele on omane motivatsiooniline komponent, mida kinnitasid Bilsky ja Schwartz (1994), kes tõid välja, et väärtused on põhimõtteliselt oma funktsioonilt motivatsioonilised. Parks ja Guay (2009) kinnitavad väärtuste mõju motivatsioonile, selgitades, et väärtused mõjutavad inimeste otsuseid ja käitumist. Bardi ja Schwartzi (2003) uurimus kinnitas tugevat seost inimeste igapäevase käitumise ja väärtuste vahel.

Esmakordselt kirjeldas Schwartz (1992) kümnest personaalsest väärtusest koosnevat ringikujulist koherentset struktuuri, kus väärtused on motivatsioonilise eesmärgiga, olles

suunatud millegi saavutamiseks. Struktuuris eristati üksteisest heasoovlikkuse, konformsuse, traditsioonide, turvalisuse, võimu, saavutuse, hedonismi, stimulatsiooni, enesemääratluse ja kõikehaaravusega seotud väärtused, mis on omavahel dünaamilistes suhetes. Külgnevad väärtused on positiivselt seotud ning jagavad sarnast motivatsiooni. Üksteisest kaugemal või vastastikku paiknevad väärtused on negatiivselt või üldse mitte seotud ning on seega konfliktid. Käitumise või valiku tegemisel lähtub inimene hierarhias kõrgemal asuvast väärtusest. Sellise sidusa süsteemi abil, mis sisaldab sotsiaalses ja psühholoogilises konfliktis või kooskõlas olevaid väärtuseid, kirjeldatakse valikuid, suhtumist ja käitumisi, mida inimesed kogevad igapäevaste otsuste tegemisel (Schwartz, 1992; 2006).

Kriitika Schwartzi mudelile

Schwartz kaasautoritega (2012) toob välja originaalteooria kitsaskohaks väärtuste hajuvaid piire, kuna mõned küsimused mõõtsid korraga mitut väärtust. Väärtuste multikollineaarsuse, madala sisereliaabluse ja küsimuse ristlaadumise mitmesse faktorisse on toonud välja ka teised kriitikud (Knoppen & Saris, 2009). Autorite poolt lahendati täiendatud PVQ (*Portrait Values Questionnaire*) mõõtevahendi koostamisel varasem vastuolu põhiväärtuste täpsema defineerimisega ja seeläbi väärtuste sisulisteks osadeks jagamisega, kus ühe väitega mõõdetakse ühte kindlat väärtust (Schwartz jt, 2012).

Täiendatud väärtuste teooria

Schwartzi originaalteooria (1992) võeti aluseks täiendatud teoreetilisele käsitlesele, kus varasemat 10 väärtust täpsustati ning toodi välja 19 definitsioonilt täpsemalt väärtust (tabel 1) (Schwartz jt, 2012).

Kui varasemalt jagas Schwartz väärtused kahte tasemesse (1992), siis täiendatud teooria kohaselt võib väärtuseid jagada kolme hierarhilise eelduse alusel (joonis 1). Mudeli sisemisel kontinuumil paiknevad 19 põhiväärtust, mida saab jagada neljaks kõrgemal asetsevaks ja üksteise suhtes ortogonaalselt paiknevaks dimensiooniks. Muutustele avatusega seotud väärtused (nt enesemääratlus, stimulatsioon) kirjeldavad valmisolekut uuteks ideedeks, tegudeks ja kogemusteks, vastandudes konservatiivsusega seotud väärtustele (nt traditsioonid, turvalisus, konformsus), mis on seotud muutuste vältimisega, piirangute ja käskudega. Eneseupitamisele suunatud väärtused (nt võim, saavutus) seavad esikohale inimese isiklikud huvid, olles vastuolus eneseületusega seotud väärtustega (nt heasoovlikkus, kõikehaaravus), mis seostuvad teiste huvide esikohale seadmisega. Hedonism, alandlikkus ja maine jagavad motivatsiooni mitme dimensiooniga (Schwartz, 2012). Hiljutises uurimuses

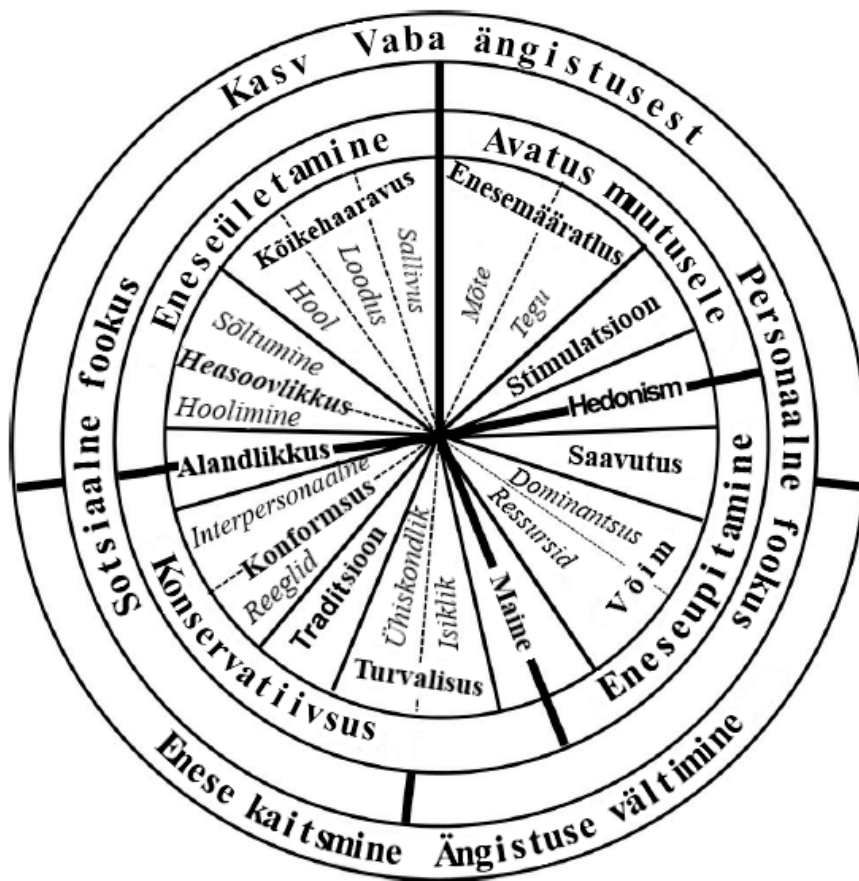
leiti (sh Soome valimil), et alandlikkus sobitub eneseületuse, hedonism muutustele avatuse dimensiooni ning maine on tugevamalt seotud konservatiivsusega (Cieciuch, Davidov, Vecchione, & Schwartz, 2014).

Tabel 1.

19 personaalset väärtust koos motivatsiooniliste eesmärkidega (Schwartz jt, 2012)

Väärtus	Kontseptuaalne definitsioon
Enesemääratlus: mõte	Vabadus enda mõtteid ja ideid arendada
Enesemääratlus: tegu	Vabadus oma tegude üle otsustada
Stimulatsioon	Põnevus, uudsus ja muutus
Hedonism	Nauding ja meelelised vajadused
Saavutus	Sotsiaalsetele standarditele vastava edu saavutamine
Võim: dominantsus	Võimu saavutamine teisi kontrollides
Võim: ressursid	Võimu saavutamine materiaalseid ja sotsiaalseid ressursse omades
Maine	Enda maine hoidmine ja häbi vältimine turvalisuse ja võimu saavutamiseks
Turvalisus: isiklik	Turvalisus oma vahetus keskkonnas
Turvalisus: ühiskondlik	Turvalisus ja stabiilsus laiemas ühiskonnas
Traditsioonid	Kultuuriliste, perekondlike või religioossete traditsioonide säilitamine ja hoidmine
Konformsus: reeglid	Reeglite, seaduste ja ametlike kohustustega vastavuses olemine
Konformsus: interpersonaalne	Teiste kahjustamise või häirimise vältimine
Alandlikkus	Oma tähtsusetuse tunnistamine laiemas plaanis
Heasoovlikkus: sõltumine	Usaldusväärne sisegrupi liige olemine
Heasoovlikkus: hoolimine	Sisegrupi liikmete heaolule pühendumine
Kõikehaaravus: hool	Kõigi inimeste võrdsuse, õigluse ja kaitse tunnustamine
Kõikehaaravus: loodus	Looduskeskkonna hoidmine
Kõikehaaravus: sallivus	Endast erinevate aktsepteerimine ja mõistmine

Vertikaalselt on võimalik eristada paremal asetsevaid personaalse sisuga (nt enesemääratlus) ja vasakule jäävaid sotsiaalse sisuga väärtuseid (nt kõikehaaravus) (Schwartz, 1992, Bislky & Schwartz 1994). Individuaalsed väärtused on seotud lääne kultuuridega, kollektivistlikud väärtused on tähtsamad ida kultuurides (Oishi, Schimmack, Diener, & Suh, 1998). Horisontaalsel jaotusel jäävad ülemisele poolele ängistusest vabad väärtused, mis on seotud eneseületuse ja kasvuga (nt heasoovlikkus), alumisele poolele enesekaitse, ängistusega ja ohu vältimisega seotud väärtused (nt turvalisus) (Schwartz, 2006; 2009).



Joonis 1.

19 põhiväärtusest, neljast kõrgema väärtuse dimensioonist ja kahest motivatsiooni aluseks olevast allikast koosnev taksonoomia (Schwartz jt, 2012)

Väärtuste kultuurilised erinevused

Väärtuste hierarhiat võib pidada ülemaailmselt universaalseks. Bardi & Schwartz

(2001) leidsid enda uuringuga, et läbi kultuuride kaldutakse enim tähtsustama heasoovlikkust, enesemääratlust ja kõikehaaravust, mis soodustavad häid suhteid teistega, seejärel turvalisust, konformsust, saavutust, hedonismi, stimulatsiooni, ning hierarhia lõpus on traditsioonide ja võimuga seotud väärtused.

Originaalteooria paikapidavust on uuritud ligikaudu 60 riigis umbes 200 valimi peal, mille tulemused tõendavad, et erinevad rahvused tõlgendavad väärtuseid üsna sarnaselt (Schwartz, 1992, Bilsky & Schwartz, 1994, 1996; 2006; Schwartz & Sagiv, 1995; Schwartz & Boehnke, 2003). Seejuures suunab Schwartz (1994) tähelepanu väärtuste omavolilisele jaotusele ning toob välja, et mõningates riikides esineb ideaalmudelidest kõrvalekaldeid, mida täheldati eestlaste väärtuste uurimisel.

Täiendatud 19-väärtuselise struktuuri paikapidavust uuriti 10 riigis 15 valimi peal ning tulemused kinnitasid taaskord teooria universaalsust (Schwartz jt, 2012). Võib öelda, et inimesed kogevad maailma erinevates paikades vastuolusid eneseületusele ja eneseupitamisele ning muutustele avatusele ja konservatiivsusele suunatud väärtuste vahel, samuti põhiväärtuste vahel nagu võim versus kõikehaaravus või traditsioonid versus hedonism (Schwartz jt, 2012).

Tervis kui väärtus

Rokeach Value Survey (RVS; Rokeach, 1973) ja Elizur ning Sagie (1999) küsimustike struktuuris on tervisel oluline osa. Schwartz (1990) võttis oma küsimustiku koostamisel aluseks RVS-i, kuid tervist kui eraldi väärtust selles mudelis esile ei toonud. Schwartzi (1992) väärtuste teoorias on tervis seotud peamiselt turvalisuse väärtusega, kuid on seotud ka teiste väärtustega (hedonism, saavutus, kõikehaaravus). Tema seisukohalt on tervisel mitu erinevat tähendust või motivatsiooni, mis võivad kultuuriti erineda. Schwartzi ja kaasautorite (2012) uues küsimustikus (PVQ - R3) on tervis osa isiklikust turvalisusest, kuid selle üle vaieldakse, kuna autorite peamine eesmärk polnud keskenduda tervise mõõtmisele. Probleem seisneb selles, et kogu tervise kontseptsiooni käsitletakse ühe väitega haiguste vältimise aspektist („Talle on väga oluline vältida haigusi ja kaitsta enda tervist“), mis võib kogu tervise valdkonnas osutada ebakorrektselt, sest näiteks Maailma Terviseorganisatsioon (WHO; 1946) defineerib tervist kui inimese täielikku kehalist, vaimset ja sotsiaalset heaolu, mitte ainult haiguse või puude puudumist. Varasematest uurimustest on mitmeid näiteid, mis kinnitavad, et tervisel võiks olla oluline roll inimese väärtustesüsteemis (Rokeach, 1973; Gochman, 1971).

Inimesed väidavad tihti, et nad väärtustavad enda tervist (Rokeach, 1973; Gochman,

1971). Smith (1981) võttis kokku 4 üldist tervise definitsiooni: kliinilises kontekstis on tervis haiguse või sümptomi puudumine; rollisoorituste kontekstis on tervis võime täita sotsiaalseid rolle; adaptiivse lähenemise puhul muutub tervis vastavalt oludele ning eudaimonistliku puhul on tervis heaolu ja inimese potentsiaali täielik rakendamine. Smithi sõnul on tervise käsitleluse põhiliseks mudeliks eudaimonistlik, mille alusel kirjeldasid osalejad tervist kui füüsilist, vaimset ja spirituaalset heaolu. Sama kinnitas Laffrely (1986), et tervist edendavad käitumised on seotud eudaimonistliku kontseptsiooniga ning haiguse vältimine seostub kliinilise tervise kontseptsiooniga.

Rosenstock (1966) tervise uskumuste mudeli järgi panustavad tervislikumasse käitumisse tõenäolisemalt need, kes usuvad, et on vastuvõtlikumad terviseprobleemidele, tajuvad tõsisemalt tervise halvenemise tagajärgi (nt valu või surmarisk), tajuvad tervisliku käitumise kasu ning tajuvad vähem takistusi (nt protseduuri hind või valulikkus). Gochman (1971) leidis noorte uurimisel Rosenstocki mudelile kinnitust, väites, et need, kes peavad tervist üldiselt tähtsamaks, tajuvad kõiki terviseprobleeme tõsisemana. Inimese sisemise kontrollitaju uurimisel leidis, et kõrgema sisemise kontrolliga inimesed organiseerivad ja eesmärgistavad enda käitumist paremini, peavad enda käitumisi rohkem kasutoovaks ja seega osalevad tõenäolisemalt tervist parendavates käitumises.

Tervise tähtsust on kõige enam uuritud haiguse kontekstis. Kardialse taastusravi patsiendid tõid välja, et peavad tervist üheks tähtsaimaks väärtuseks (Everett, Davidson, Sheerin, Salamonson, & DiGiacomo, 2008). Inimene, kes väärtustab tervist, kuid tajub ohtu, järgis täpsemalt enda ravirežiimi (Wallston & Wallston, 1982) ning oli edukam ja järjepidevam tervisele kahjulikest harjumustest loobumisel (Kaplan & Cowles, 1978). Vähist paranenute ja mitteparanenute seas leiti, et mõlema grupi patsiendid pidasid tervist ja tervise edendust tähtsaks. Tervist defineeriti kui vaimset ja spirituaalset heaolu, mis lubab mitmekülgsemat ja rahuldust pakkuvat elu. Tervis peeti aluseks teiste väärtuste realiseerimisel: iseseisvus kui võime vastata enda vajadustele, tugevus igapäevase funktsioneerimise säilitamiseks, Jumala tahte jälgimine ja teenimine, perekonnaga kvaliteetaja veetmine, ning teiste aitamine. Samuti toodi välja, et tervise väärtustamine tähendab olla vastutustundlik, kuna tervis ei ole staatiline seisund, vaid nõuab järjepidevust enda eest hoolitsemisel (Allicock, Sandelowski, DeVellis, & Campbell, 2008).

Tervist on personaalsete väärtuste aspektist vähe uuritud. Hiljuti läbi viidud meeste eesnäärme uuringus osalejate personaalsete väärtuste võrdlemisel leiti, et varasem, praegune ja tuleviku kavatsus uuringus osaleda oli seotud turvalisusega. Uuringule minekut takistasid saavutuse, stimulatsiooni ja traditsioonidega seotud väärtused. Tuleviku kavatsus uuringus

osalemiseks seostus lisaks turvalisusele ka enesemääratluse ja hea soovlikkusega (Aavik, Aavik, & Punab, 2014).

Subjektiivne heaolu

Subjektiivne heaolu hõlmab endas kahte aspekti. Esiteks kognitiivset aspekti, mis käsitleb eluga rahulolu ning teiseks emotsionaalset aspekti, mis jaguneb positiivseteks ja negatiivseteks emotsioonideks (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Dieneri (1984) sõnul võib subjektiivset heaolu käsitleda kui inimese ja keskkonna interaktsiooni, mis on kultuuriti universaalne. Sagiv ja Schwartz (2000) tõid välja, et väärtuste ja heaolu vahelist suhet võib mõjutada keskkond, tõendades oma uurimuses, et personaalsete ja keskkonnast tulenevate väärtuste kongruentsus ennustab kõrgemat subjektiivset heaolu. Subjektiivne heaolu on enamasti seotud peamiste eluvaldkondadega nagu tervis, töökoht ja eesmärkide saavutamine (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Mitmed uurijad on välja toonud, et subjektiivse heaolu aluseks on tervis (Diener, 1984), igapäevane heaolu, elu tähtsaks pidamine ja enda füüsiliselt hästi tundmine (Dagdelen, 2008; Sahin, 2008).

Enesemääratluse teooria autorid väitsid, et sisemised eesmärgid nagu autonoomsus, kompetentsus ja seotus aitavad subjektiivset heaolu tõsta rohkem kui välised eesmärgid nagu raha ja kuulsus. Teooriaga kooskõllaliselt aitavad väärtused rahuldada inimese põhivajadusi, toetades kasvu, eneseteostust ja heaolu (Deci & Ryan, 1991). Uurijate poolt on üheselt välja toodud, et kasvule orienteeritud väärtused seostuvad subjektiivse heaoluga positiivselt ning ängistuse vältimise ja konservatiivsusega seotud väärtused negatiivselt (Bilsky & Schwartz, 1994; Oishi, Diener, Suh, & Lucas, 1999; Sheldon, 2005; Kasser & Ryan, 1993). Sarnane seos on leitud subjektiivse heaolu ja positiivse afekti uurimisel (Sagiv & Schwartz, 2000; Roccas, Sagiv, Schwartz, & Knafo, 2000).

Ryan, Sheldon, Kasser ja Decci (1996) tõid samuti välja, et sisemised vajadused nagu huvi, mõõdukus ja autonoomsus viivad õnnelikkuseni ning meelelahustuslikud tegevused, mida sooritatakse sobival tasemel, viivad rahuloluni. Kinnitust leidis, et inimesed, kes osalevad meelelahustuslikes tegevustes, saavad positiivset energiat ning see mõjutab nende elu paremuse suunas (Mckenzie, 2000, Ardahan, 2011a, Ardahan 2011b). Inimese üldist heaolu tõstavad mitmed tegevused, sealhulgas treeningud ja sport, seksuaalne tegevus, lugemine ja muusika kuulamine (Argyle & Martin, 1991). Ardahan (2012) uuris türklastel emotsionaalse intelligentsuse ja eluga rahulolu seoseid välispordis (mägironijad, jalgratturid,

matkajad) ning välispordis mitteosalejatel, Selgus, et välispordis osalejatel on eluga rahulolule positiivne mõju, samuti toodi välja, et mida kõrgem on emotsionaalne intelligentsus, seda rahulolevam on inimene enda eluga.

Haslam, Whelan ja Bastian (2009) tõid välja, et isiksuseomadused ja väärtused on mõlemad tugevalt seotud subjektiivse heaoluga, mida defineeriti kui üldist eluga rahulolu ning positiivsete ja negatiivsete emotsioonide tasakaalu. Isiksuseomaduste ja väärtuste seosed olid kooskõlas varasemate leidudega (Roccas, Sagiv, Schwartz, & Knafo, 2002), kinnitades, et ekstravertsus on tugevalt seotud muutustele avatuse väärtustega, sotsiaalsus on seotud prosotsiaalsete väärtusega (nt heasoovlikkus), avatus on seotud eneseületuse ja muutustele avatuse väärtustega. Neurootilisus on positiivselt seotud traditsioonide ja negatiivselt seotud stimulatsiooniga. Autorid tõid välja, et isiksuseomadustel on vahendav mõju väärtuste ja heaolu vahel, mis tähendab, et näiteks stimulatsiooni väärtustajad, kes on ekstravertsemad, raporteerivad kõrgemat subjektiivset heaolu (Haslam jt, 2009).

Sortheix ja Lönnqvist (2014) uurisid väärtuste ja eluga rahulolu seoseid 25 Euroopa riigis (sh Eesti), tulemustega rõhutati väärtuste ja heaolu seoste võrdlemist kontekstis, milleks autorid kasutasid Inimarengu indeksit (HDI; oodatav eluiga, haridus ja elatustase). Heasoovlikkuse ja hedonismiga seotud väärtused leiti kultuuriti seotud olevat kõrgema eluga rahuoluga, seevastu võimu ja turvalisusega seotud väärtused olid seotud madalama eluga rahuloluga. Madala HDI tasemega riikides leiti saavutusel olevat positiivne seos, kõrge HDI tasemega riikides negatiivne seos eluga rahuloluga. Kõikehaaravuse seotus HDI tasemega oli vastupidine saavutuse seosele, olles positiivne kõrge HDI tasemega riikides.

Kehalise aktiivsuse roll

Füüsiliselt aktiivse elustiili kasulikkus tervisele on rahvusvaheliselt tunnistatud (WHO, 2004). Füüsilise aktiivsuse mõju igapäevapäevasele psühholoogilisele toimetulekule on palju uuritud, seoseid on leitud meeleolu paranemise, stressiga toimetuleku, enesehinnangu paranemise, üldise vaimse tervise ja elukvaliteedi paranemise vahel (Berger & Motl, 2000; Morgan, 1997; Singer, Hausenblas, & Janelle, 2001).

Noorukite uurimisel on leitud, et spordiga tegelemine on pigem seotud sisemiste väärtustega nagu gruppi kuuluvumine ja tervis, vähem väliste väärtustega nagu jõukus või atraktiivsus (Piko & Keresztes, 2006). Üliõpilaste uurimusest selgus, et spordiga tegelejad hindavalt kõrgemalt sotsiaalseid väärtuseid (Piko & Brassai, 2007). Baltakiene (2013) võrdles läti õpilaste (n=179) prosotsiaalset käitumist, koolivälistes tegevustes osalemist ja väärtustele orienteeritust. Koolivälistes tegevustes osalemise, prosotsiaalse käitumise ja

väärtuste vahel seost ei leitud, kuid autor tõi välja, et kunstiga tegelevad õpilased väärtustavad rohkem eneseületusega (heasoovilikkus, kõikehaaravus) seotud väärtuseid, kuid seda ei tee spordi harrastajad.

Caddick & Smith (2014) koostasid süstemaatilise ülevaate spordi ja kehalise aktiivsuse mõjust posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomitega sõjaveteranide subjektiivsele heaolule, kus leidsid, et kehaline aktiivsus looduses parandas nende füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu: PTSH sümptomid vähenesid, kogesid rohkem positiivseid emotsioone, teovõime ja aktiivsus suurenes, silmaring laienes, eneseusk ja eneseteadvus paranes.

Kehaliste harjutuste tegemist on uuritud seoses seljavigastustega, kus leiti, et kehaline aktiivsus aitab vähendada valu tajumist ja stressi ning seeläbi paraneb subjektiivne heaolu (Ginis jt, 2003). Seljavigastuse puhul on harjutuste tegemisel valu vähendav roll. Uurimus näitas, et 6-kuuline koduste venituste ja harjutuste programm vähendas oluliselt õlavalusid ratastooliga liikujatel (Curtis, 1997). Kliinilistes uuringutes on leitud, et kehaline aktiivsus vähendab kroonilise valu esinemise sagedust ja tugevust (Ettinger jt, 1997). Kehalise aktiivsusega seotud muutused valu tajus ja kognitsioonis toovad kaasa muutused subjektiivses heaolus (Bandura, 1997; Achat jt, 1998).

Positiivne ja negatiivne afekt

Emotsionaalsed seisundid on seotud inimeste füüsilise ja emotsionaalse tervisega. Hu ja Gruber (2008) leidsid enda uurimuses, et kõrge positiivne ja madal negatiivne afekt on seotud madalama stressitasemega, vähemate depressiooni sümptomitega, kõrgema aktiivsusega ning parema tajutud vaimse ja füüsilise tervisega. On leitud, et kõrge negatiivse afekti tasemega inimestel on rohkem kaebuseid, füüsilisi sümptomeid ja kõrgem ärevuse tase (Leventhal, Hansell, & Diefenbach, 1996). Tõenäolisemalt kalduvad nad enda tervist tajuma halvemana (Williams jt, 2002).

Cohen ja Pressman (2006) tõid välja, et positiivne afekt on seotud parema raporteeritud tervisega ning vähemate sümptomitega. Negatiivne afekt on seotud mitmete negatiivsete tervisenäitajatega. Leidub mitmeid uurimusi, kus on välja toodud, et positiivne afekt on seotud paremate tervisenäitajatega (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz, & Joiner, 2001; Sullivan, LaCroix, Russo, & Walker, 2001; Fraser & Shavlik, 2001). Arvatakse, et õnnelikud inimesed osalevad vähem ohtlikes ja ebatervislikes tegevustes (Gibbons, Luszczynska, & Teközel, 2002). Positiivne afekt on seotud aktiivsuse ja energia kõrgema tasemega ning parema kehalise ja sotsiaalse funktsioneerimisega (Lox, Burns, Treasure, & Wasley, 1999; Piquart & Sörensen, 2000).

Üldine positiivne meelestatus on leitud seotud olevat sisemist rahulolu pakkuvates tegevustes osalemisega, mida inimene teeb enda heaks (Graef, Csikszentmihalyi, & Gianinno, 1983). Sisemise motivatsiooni tähtsust kehaliselt aktiivsetel inimestel on rõhutanud mitmed uurijad, mis tähendab, et spordiga tegeletakse rõõmu ja naudingu saamise eesmärgil. Rõhutati, et sisemiselt motiveeritud spordiga tegelejad kogevad rohkem positiivseid emotsioone, on rahulikumad, keskenduvad sooritusele ning suurema tõenäosusega ei loobu spordiga tegelemisest (Freeman & Rees, 2009).

Selles magistritöös käsitletakse personaalseid väärtuseid ja tervist, vaatluse alla võetakse tajutud tervis, subjektiivne heaolu ning negatiivne ja positiivne afekt. Omavahel võrreldakse kahte gruppi, kellest ühed panustavad enda tervise edendamisse erinevate kehaliste treeningute abil (näiteks jooksmine, ujumine, erinevad rühmatreeningud, jalgrattasõit, kepikõnd, kergejõustik), teised enda kehalisse tervisesse erinevates treeningutes osalemisega ei panusta. Esimest gruppi nimetatakse lihtsustatult tervisesportlasteks, teist gruppi kontrollgrupiks.

Lähtudes eelnevast kirjandusest, kus on käsitletud personaalseid väärtuseid, subjektiivset heaolu, tervisenäitajaid, negatiivsete ja positiivsete emotsioonide kogemist, võrreldakse ja uuritakse selles magistritöös, millised personaalsed väärtused on tervisesportlastel aktiivsed ning millised väärtused ennustavad tervisesportlaste gruppi kuulumist. Toetudes varasematele uurimustele ja andes juurde enda panuse on püstitatud neli hüpoteesi:

(H1) Tervisesportlased hindavad kõrgemalt enesemääratlust (mõte, tegu), stimulatsiooni, hedonismi, turvalisust (ühiskondlik, isiklik), heasoovlikkust, vaimset, emotsionaalset, sotsiaalset ja kehalist tervist.

(H2) Kehalise tervise, enesemääratluse (mõte, tegu), stimulatsioon, hedonism turvalisuse (isiklik, ühiskondlik) ja heasoovlikkuse (sõltumine, hoolimine) väärtustamine ennustab tervisesportlaste gruppi kuulumist.

(H3) Tervisesportlased hindavad enda tervislikku seisundit ning eluga rahulolu paremaks võrreldes kontrollgrupiga.

(H4) Tervisesportlased kogevad rohkem positiivseid ja vähem negatiivseid emotsioone võrreldes kontrollgrupiga.

Meetod

Protseduur

Andmeid koguti veebikeskkonnas Online Limesurvey ajavahemikul 2013–2014. Osalejatel paluti täita *kuuest* küsimustikust ja sotsio-demograafilistest andmetest koosnev pakett, mis võttis aega hinnanguliselt 1 tunni. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik, kõik osalejad andsid *online* nõusoleku, mis eelnes küsimustiku täitmisele.

Tervisesportlaste gruppi koguti inimesi TÜ spordiklubi siseliste abil, sotsiaalmeedia vahendusel foorumitest (*Fitness.ee jm*) ja *Facebookis* olevatest tervisesportlaste gruppidest. Kontrollgruppi koguti andmeid *Facebooki* ja foorumite (*delfi.ee jm*) vahendusel.

Valim

Uurimuses osales 250 inimest, kellest 120 (48%) olid tervisesportlased ja 130 (52%) olid kontrollgrupis. Valimis on esindatud 162 (64,8%) naist, 47 (18,8%) meest, 41 (16,5%) sugu on kirjeldamata. Osalejate keskmine vanus on 32,4 aastat ($SD = 12,1$) jaotudes vastavalt 30,2 aastat ($SD = 11,4$) tervisesportlastel ja 34,4 aastat ($SD = 12,4$) kontrollgrupil.

Osalejatest olid 2% algharidusega, 13% keskhariduse, 10% keskerihariduse, 50% kõrgharidusega, 8% teaduskraadiga ning 16% ei märkinud enda haridust.

Perekonnaseis oli 22% vallaline, ei pea ennast kellegagi seotuks, 17% vallaline, pean ennast seotuks ühe konkreetse inimesega, 2% lesk, 4% lahutatud või lahus elav, 16% abielus ja 21% vabaabielus/visiitabielus, 16% ei märkinud enda perekonnaseisu.

Mõõtevahendid

Personaalseid väärtuseid hinnati Portrait Values Questionnaire Revised eesti keelde adapteeritud mõõtevahendiga PVQ–R3 (Tart, Realo, & Aavik, 2014), mis põhineb Schwartzi (2012) täiendatud 19 väärtuse teoorial. PVQ–R3 koosneb 57 kolmandas isikus esitatud väidetest (“Tema jaoks on oluline mõnusalt aega veeta.”), mis mõõdavad, kuivõrd kirjeldatud inimene sarnaneb vastajale, hinnang anti Likerti 6–pallisel skaalal (1–pole üldse minu moodi; 6–väga minu moodi). PVQ küsimustikule on lisatud 7 tervise positiivset aspekt hindavat väidet, mis mõõdavad kehalist, vaimset, sotsiaalset ja emotsionaalset tervist. Cronbach α 15 valimi näitel 10 väärtusel varieerub .66 kuni .83 (Schwartz, 2005).

Emotsioonide kogemist mõõdeti PANAS-i (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) eesti keelde kohandatud mõõtevahendiga NEPO-Y (Allik & Realo, 1997), mis mõõdab viimase paari nädala jooksul kogetud negatiivseid ja positiivseid tundmusi ja emotsioone, mida hinnati Likerti 5 - pallisel skaalal (1 - väga vähe, üldse mitte; 5 - äärmiselt või väga suurel määral). Cronbachi α varieerub 0.86 kuni 0.90 (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Subjektiivset heaolu mõõdeti Satisfaction With Life Scale (SWLS, Pavot ja Diener, 1993) Realo (SWLS EST; 2007) poolt eesti keelde adapteeritud versiooniga “Eluga rahulolu”, mis koosneb 20 küsimusest kahes osas, esimesed viis mõõdavad üldist eluga rahulolu (nt “Ma olen oma eluga rahul”), järgnevad 15 küsimust mõõdavad eluvaldkondadega rahulolu (tervis, perekond, jm), mida hinnati Likerti 5 - pallisel skaalal (1 - ei ole üldse nõus; 5 - olen täiesti nõus). Cronbach α on 0.85 (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998)

Tervislikust seisundist ülevaate saamiseks kasutati RAND 36 küsimust (The Rand 36-Item Health Survey, version 1.0 SF-36), mis mõõdab vaimset ja füüsilist tervist, sisaldab 8 alaskaalat: füüsiline funktsioneerimine, kehalised piirangud igapäevaelus, kehaline valu, sotsiaalne funktsioneerimine, vaimne tervis, emotsionaalsed piirangud igapäevaelus, energia/väsimus, üldine tervisehinnang. Alaskaalade kõrgem skoor viitab paremale elukvaliteedile. Cronbach α on 0.70 (Coons, Alabdulmohsin, Dragalis, & Hays, 1998; Herodes, Oun, Haldre, & Kaasik, 2001).

Lisaks küsiti osalejatelt sotsiodemograafilisi andmed nagu sugu, vanus, perekonnaseis.

Eetika

Käesolev magistritöö on seotud Personaalse Uurimistoetuse (PUT) projekt nr 78 täitmisega. Uuringu läbiviimine on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja konfidentsiaalne, osaleja tutvus uuringu sisu ja nõuetega veebipõhiselt, Limesurvey ankeedi esimesel leheküljel teavitati, et jätkamisel annab ta veebipõhise nõusoleku uuringus osalemiseks.

Andmetöötlus

Andmete statistiliseks töötluseks kasutati SPSS 21 andmeanalüüsi programmi. Kuna andmed ei vastanud normaalfaotusele, kasutati keskmiste võrdlemiseks kahe sõltumatu grupi korral Mann–Whitney U testi. Ennustamiseks gruppikuuluvuse šanssi personaalsete väärtuste abil kasutati binaarset logistilist regressioonianalüüsi.

Tulemused

Personaalsete väärtuste keskmiste võrdlus

Personaalsete väärtuste gruppide vahelisel võrdlusel ilmnes kolm statistiliselt olulist erinevust (tabel 3). Tervisesportlaste tulemused olid kõrgemad kehalist tervist ($p < .01$),

madalamad mainet ($p < .01$) ja ühiskondlikku turvalisust ($p < .01$) hindavates väärtuses. Kontrollgrupi tulemused olid kõrgemad mainet ja ühiskondlikku turvalisust mõõtvates väärtustes. Gruppide võrdlusel teiste väärtuste vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud.

Personaalsete väärtuste alusel gruppi kuuluvuse ennustamine

Selgitamaks välja, millised personaalsed väärtused võiksid ette ennustada vastaja gruppi kuuluvust, kasutati logistilist sammregressioonanalüüsi. Mudelite kirjeldusvõime aluseks on võetud Nagelkerk R^2 statistik. Mudelisse sisestati väärtused, mis eristasid tervisesportlasi kontrollgrupist (kehaline tervis, maine ja ühiskondlik turvalisus), lisati muutustele avatusega seotud väärtused enesemääratlus (mõte, tegu), stimulatsioon, hedonism, heasoovlikkus ning konservatiivsusega seonduv isiklik turvalisus (tabel 2).

Logistiline sammregressioonimudel koostas neli mudelit, kus kõigis oli esindatud kehaline tervis, millele lisandus ühiskondlik turvalisus, seejärel enesemääratlus teona ning viimaseks maine. Mudelite kirjeldusvõime tõusis nelja sammuga 6%, 9%, 12% kuni 15%. Mudel klassifitseeris õigesti 63,5% juhtudest.

Suurima osa gruppikuuluvuse variatiivsusest kirjeldas mudel (tabel 2), mis koosnes enesemääratlusest teona, mainest, ühiskondlikust turvalisusest ja kehalisest tervisest ($R^2 = .15$, $F(4) = 28.76$, $p < .001$). Kehalise tervise väärtustamine suurendas 1,5 korda si tervisesportlaste hulka kuulumiseks, ülejäänud kolme väärtuse ehk maine ($p < .02$), ühiskondliku turvalisuse ($p < .01$) ja enesemääratluse teona ($p < .01$) kõrgemalt hindamine suurendas 1,5 korda šansi kontrollgrupi hulka kuulumiseks.

Tabel 2.

Logistiline regressioonanalüüs ennustamaks tervisesportlaste või kontrolligrupi kuulumist: mudel 4

	B	S.E	Wald	<i>p</i>	OR	95% CI	
SDA	-.43	.17	6.47	.01	.65	.47	.91
FAC	-.39	.17	5.55	.02	.68	.49	.94
SES	-.47	.17	7.67	.01	.63	.45	.87
KEHT	.40	.14	7.87	.01	1.50	1.13	1.99

Märkus: $df = 1$, $N = 250$; B, regressiooni koefitsent; S.E, standardviga; Wald OR, šansside suhe; CI, usaldussuhte intervall

Subjektiivse heaolu ja tervisliku seisundi võrdlus

Tervisesportlaste ja kontrollgrupi raporteeritud subjektiivse heaolu võrdlusel leiti, et tervisesportlased raporteerisid kõrgemaid tulemusi subjektiivses heaolus (tabel 3). Küsimuste täpsemal võrdlusel selgus, et tervisesportlaste raporteeritud heaolu oli kõrgem eluga üldist rahulolu mõõtvast väites “Kui ma saaksin oma elu uuesti elada, ei muudaks ma peaaegu mitte midagi” ($U = 2516, p < .01$) ning tervise ($U = 2510, p < .01$) ja harrastuse ($U = 2684, p < .05$) valdkonnas.

Tervisliku seisundi kaheksa alaskaala võrdlusel tervisesportlaste ja kontrollgrupi vahel leiti neli statistiliselt olulist erinevust füüsilise funktsioneerimise ($p < .05$), füüsilistest probleemidest tingitud piirangute ($p < .01$), energia/väsimuse ($p < .05$) ning üldise tervise ($p < .05$) alaskaaladel. Kõigis neljas alaskaalas olid tervisesportlaste tulemused kõrgemad võrreldes kontrollgrupiga (tabel 3).

Negatiivse ja positiivse afekti võdlus

Negatiivsete ja positiivsete emotsioonide kogemise võrdlusel selgus, et tervisesportlased kogevad võrreldes kontrollgrupiga vähem negatiivseid emotsioone ($p < .01$). Positiivsete emotsioonide kogemisel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud (tabel 3).

Tabel 3.

Personaalsed väärtused, subjektiivse heaolu, emotsioonide ja tervisliku seisundi võrdlus Mann Whitney U testiga

Karakteristikud	U	Mdn ₁	Mdn ₂	p
SDT	7396	.52	.41	.48
SDA	7122	.52	.55	.24
ST	6700	-.01	-.32	.06
HE	7529	-.05	.01	.64
AC	7681	.34	.37	.84
POD	7434	-1.13	-1.02	.52
POR	7279	-1.30	-1.13	.36
FAC	6100	.35	.72	.01**
SEP	7420	.30	.30	.51
SES	6058	.18	.53	.01**
TR	7454	-.33	-.40	.54
COR	7753	-.88	-.95	.94
COI	7253	-.17	-.24	.33
HUM	7545	-.91	-.97	.66

BEC	7164	.94	.83	.27
BED	7676	.84	.77	.83
UNC	7112	-.01	.07	.23
UNN	6750	-.11	-.34	.07
UNT	7154	.23	.24	.26
VAIT	7359	.49	.38	.55
EMOT	7750	.27	.36	.93
SOCT	7140	.80	.68	.25
KEHT	5804	1.18	.68	.01**
SH	2678	18	17	.05*
NE	1828	20	22	.01**
PO	2478	32	32.5	.63
FF	5638	100	95	.05*
KP	5545	100	100	.01**
EP	6378	100	100	.45
EV	5399	65	55	.01**
VT	6290	76	76	.39
SF	5838	87.5	87.5	.09
KV	5889	90	80	.10
ÜT	5484	75	65	.01**

Märkus: Mdn_1 , tervisesportlased, Mdn_2 , kontrollgrupp $N_{PVQ} = 120; 130$; $N_{SH} = 104; 63$; $N_{NE, PO} = 100; 51$; $N_{RAND36} = 106; 126$; SDT, enesemääratlus: mõte; SDA, enesemääratlus: tegu; ST, stimulatsioon; HE, hedonism, AC, saavutus, POD, võim: dominantsus, POR, võim: ressursid, FAC, maine; SEP, turvalisus: isiklik; SES, turvalisus: ühiskondlik; TR, traditsioonid; COR, konformsus: reegli; COI, konformsus: interpersonaalne; HUM, alandlikkus; BEC, heasoovlikkus: hoolimine, BED, heasoovlikkus: sõltumine, UNC, kõikehaaravus: hoolimine; UNN, kõikehaaravus: loodus; UNT, kõikehaaravus: sallivus, VAIT, vaimne tervis, EMOT, emotsionaalne tervis; SOCT, sotsiaalne tervis; KEHT, kehaline tervis; SH, subjektiivne heaolu; NE, negatiivsed emotsioonid; PO, positiivsed emotsioonid; FF, füüsiline funktsioneerimine; KP, kehalised piirangud; EP, emotsionaalsed piirangud; EV, energia/väsimus; VT, vaimne tervis; SF, sotsiaalne funktsioneerimine; KV, kehaline valu; ÜT, üldine tervisehinnang; N_1 , Mdn_1 , tervisesportlased; N_2 , Mdn_2 , kontrollgrupp. * $p < .05$, ** $p < .01$

Arutelu

Selle magistritöö eesmärk oli välja selgitada, kuidas tervisesportlased erinevad spordiga mitte tegelevatest inimestest personaalsetelt väärtustelt ning kuidas erinetakse tervisliku seisundi, subjektiivse heaolu ja negatiivsete ning positiivsete emotsioonide kogemiselt. Lisaks, mis võiksid olla need väärtused, mis ennustavad inimese tervisesportlaste või kontrollgruppi kuulumist. Antud magistritöös on lähtutud eudaimonistlikust käsitlusest ja Maailma Terviseorganisatsiooni definitsioonist, mille alusel on tervis füüsiline ja vaimne heaolu, mitte ainult haiguse puudumine (Smith, 1981; WHO,

1946). Kõik neli töös püstitatud hüpoteesi leidsid osaliselt kinnitust.

Esimene hüpotees, mis väitis, et tervisesportlased hindavad kontrollgrupist kõrgemalt enesemääratlust (mõte, tegu), stimulatsiooni, hedonismi, turvalisust (ühiskondlik, isiklik), heasoovlikkust, vaimset, emotsionaalset, sotsiaalset ja kehalist tervist, leidis osaliselt kinnitust. Tulemustest selgus, et personaalsetelt väärtustelt hindavad tervisesportlased kõrgemalt vaid kehalist tervist, madalamalt ühiskondlikku turvalisust ning mainet. Turvalisuse väärtused, mis otsivad stabiilsust vahetus keskkonnas või laiemas ühiskonnas, on seotud madalama eluga rahuloluga, mis leiab kinnitust selles uurimuses, kus kontrollgrupp hindas ühiskondlikku turvalisust kõrgemalt (Sortheix & Lönningqvist, 2014). Piko & Keresztes (2006) tõid välja, et spordiga tegelemine on seotud sisemiste väärtustega nagu gruppi kuuluvus ja tervis, mis ühildub osaliselt selle uurimuse tulemusega, kus tervisesportlased hindavad kõrgemalt kehalist tervist, kuid mitte teisi tervise aspekte. Maailma Terviseorganisatsiooni definitsioon inimese täielikust kehalisest, vaimsest ja sotsiaalsest heaolust kinnitust ei leidnud (WHO, 1946), kuid siiski on kehalisel tervisel oluline roll tervist väärtustava grupi väärtustesüsteemis (Rokeach, 1973).

Teine hüpotees, mis väitis, et kehalise tervise, enesemääratluse (mõte, tegu), maine, stimulatsiooni, hedonismi, turvalisuse (ühiskondlik ja isiklik) ja heasoovlikkuse väärtustamine ennustab tervisesportlaste gruppi kuulumist, leidis osaliselt kinnitust. Tervisesportlaste gruppi kuulumise šanssi suurendab kehalise tervise väärtustamine. Enesemääratluse (tegu), maine ja ühiskondliku turvalisuse väärtustamine ennustas suuremat šanssi kontrollgruppi kuulumiseks, mis on kooskõlas ka esimese hüpoteesi tulemustega, millega kinnitati, et peamised erinevused ilmnevad kehalise tervise, maine ja ühiskondliku turvalisuse väärtustamises. Konservatiivsusega seotud turvalisust ja sellega Schwartzi väärtuste süsteemis lähestikku asuvat mainet on seostatud tervise eest hoolitsemisega, täpsemalt on just isiklik turvalisus leitud seotud olevat tervisega. Varasem tervise heaolu ja väärtuste seoste uurimus tõi välja, et turvalisus on seotud tervisekäitumisega minevikus, olevikus ja tulevikus, kuid antud juhul see kinnitust ei leia. Tulemus oli vastupidine, enesemääratlus, mis peaks ennustama tervisekäitumist tulevikus, ennustab šanssi tervisespordiga mitte tegelejate grupi hulka kuulumiseks, olles varasema leiuga vastuoluline (Aavik, Aavik, & Punab, 2014). Kui võtta aluseks, et väärtused mõjutavad inimeste käitumist ja otsuseid (Bardi & Schwartz, 2003; Parks & Guay, 2009) ning on kultuuriti sarnased (Meglino & Ravlin, 1998; Bardi & Schwartz, 2001), võib oletada, et peale personaalsete väärtuste on tervisega seotud otsused ja valikud seotud või vahendatud ka millegi muu poolt, mis vajab täpsemat uurimist.

Kolmas hüpotees, mis väitis, et tervisesportlased hindavad enda tervislikku seisundit ning eluga rahulolu võrreldes kontrollgrupiga paremaks, leidis osaliselt kinnitust. Tõepoolest hindavad tervisesportlased enda subjektiivset heaolu mõnevõrra kõrgemaks tervisespordiga mitte tegelevatest inimestest. Antud uuringust selgus, et tervisesportlaste antud hinnangud enda üldisele tervislikule seisundile olid kõrgemad võrreldes kontrollgrupiga. Tervisesportlased hindavad ennast füüsiliselt paremini funktsioneerivaks, neil on vähem kehalisi piiranguid igapäevategevuste sooritamisel, kõrgem energia tase ning nad hindavad enda tervist üldiselt paremaks. Mitmed uurijad on välja toonud, et subjektiivne heaolu on mõjutatud tajutud tervisest ja enda füüsiliselt hästi tundmisest (Dagdelen, 2008; Sahin, 2008). Caddick & Smith (2014) kinnitasid, et kehaline aktiivsus parandab füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu. Keskkonna mõju inimese subjektiivsele heaolule ja personaalsetele väärtustele on nimetanud mitmed uurijad (Diener, 1984; Sagiv & Schwartz, 2000; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Kui võtta arvesse, et subjektiivne heaolu on seotud peamiste eluvaldkondadega, siis tervisesportlaste grupis leidsid kinnitust olulised erinevused tervise ja harrastuste valdkonnaga rahulolus (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Kui oletada, et tervisesportlased on motiveeritud pigem sisemistest vajadustest, väidavad uurijad, et huvi, mõõdukus ja autonoomsus viivad eluga rahuloluni (Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996), seda kinnitavad enesemääratluse teoreetikud (Deci & Ryan, 1991) ning konkreetselt on leitud, et treeningutes osalemine ja spordiga tegelemine tõstavad eluga rahulolu (Argyle & Martin, 1991; Ardahan, 2012).

Neljas hüpotees tervisesportlaste positiivse ja negatiivse afekti kohta leidis samuti osaliselt kinnitust, tervisesportlased hindavad enda negatiivse afekti kogemist madalamaks, spordiga mitte tegelejad kõrgemaks. Positiivse afekti kogemisel ei leitud tervisesportlaste ja kontrollgrupi vahel erinevusi. Kuigi antud uurimuse põhjal ei ilmnenud tervisesportlaste kõrgem positiivne afekt, on leitud, et ainuüksi negatiivse afekti madalama tasemega tajuti enda tervislikku seisundit paremana (Cohen & Pressman, 2006). Siiski ilmneb vastuolu paljude uurimustega, kus on välja toodud just positiivse afekti seos paremate tervisenäitajatega (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz, & Joiner, 2001; Sullivan, LaCroix, Russo, & Walker, 2001; Fraser & Shavlik, 2001). Varasemad uurijad, on rõhutanud kehalisest aktiivsete inimeste sisemist motiveeritust, spordiga tegelemine rõõmu ja naudingu eesmärgil peaks kaasa tooma positiivse afekti tõusu, mis selles uurimuses kinnitust ei leidnud (Freeman & Rees, 2009). Vastuolu jääb teiste uurimustega, kus on leitud, et kehaline aktiivsus suurendab positiivsete emotsioonide kogemist (Caddick & Smith, 2014). Antud uurimus ilmestab, et positiivne ja negatiivne afekt

on üksteisest sõltumatud, seega ühe kasvades teine ei kahane.

Käesolev magistritöö erineb eelnevatest uurimustest selle poolest, et personaalsete väärtuste võrdlemiseks kasutati laiemat käsitlust koos tervise väärtustega, mis aitas paremini selgitada tervisesportlaste ja kontrollgrupi erinevusi. Personaalsete väärtuste kasutamine tervisekäitumise uurimisel lihtsustab andmete võrdlemist varasemate uurimustega ning annab aluse tulevastele uurimustele, lisaks arvestab kultuuri mõjuga. Uurimuses osalejate tervisliku seisundi uurimiseks võeti arvesse nende vaimne (emotsioonide kogemine ja heaolu) ning füüsiline tervis.

Piirangud

Käesoleval tööl on mõned piirangud, arvesse ei võetud treeningute tüüpi, tihedust ja sagedust, ei arvestatud vastaja soo, vanuse ja haridustasemega. Küsimustikes kasutati eneseraporteeritud andmeid tervisliku seisundi ja kehalise aktiivsuse kohta, mille tõttu võib arvestada tulemuste subjektiivsusega. Arvesse võeti mitmeid erinevaid spordialasid korraga, täpsemate tulemuste saamiseks oleks hea võrrelda kindlaid sihtgruppe, kuna erinevate erialade valikul võivad nii personaalsed kui keskkondlikud väärtused mõju avaldada. Edaspidi tuleks vaadelda personaalseid väärtuseid sugude lõikes, kuna on teada, et meeste ja naiste väärtused võivad erineda. Lisaks võib vaadelda vanuselisi erinevusi ning võtta arvesse treeningute sagedus ja intensiivsus ning treeningus osalemise motivatsiooni. Täpsemalt võiks käsitleda isiksuseomadusi, kuna on leitud, et neil on vahendav mõju väärtuste ja heaolu vahel (Haslam jt, 2009).

Järeldused

Kuigi personaalsetel väärtustel on oluline roll käitumise ennustamisel, ei leitud varasemalt tervisekäitumisega seotud olevate väärtuste kõrgemat hindamist tervisesportlaste seas. Siiski võib järeldada, et tervisesportlased hindavad enda kehalist tervist kõrgemalt ning hindavad end kehaliselt tervemaks ja paremini funktsioneerivaks. Kehaliselt aktiivne elustiil ei too kaasa positiivsete emotsioonide oluliselt suuremat kogemist, kuid vähendab negatiivsete emotsioonide kogemist ning suurendab subjektiivset heaolu.

Viited

- Aavik T, Aavik A, Punab M. (2014) Personal values that support and counteract utilization of a screening test for prostate cancer. *Behavioral Medicine*, 40, 1–7
- Allik, J., & Realo, A. (1997). Emotional Experience and Its Relation to the Five-Factor Model in Estonian. *Journal of Personality*, 65(3), 625-647.
- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health- related quality of life. *Quality of Life Research*, 7, 735–750
- Allicock, M., Sandelowski, M., DeVellis, B., & Campbell, M. (2008) Variations in meanings of the personal core value “Health”. *Patient Education And Counseling*, 73, 347-353
- Ardahan, F. (2011a). Examining Relation between Emotional Intelligence and Life Satisfaction on the Example of Outdoor Sports Participants, Ith International Sport Economy and Management congress, 12-15 th October 2011, Izmir/Turkey
- Ardahan, F. (2011b). The Profile of The Turkish Mountaineers and Rock Climbers: The Reasons and The Carried Benefits for Atta ending Outdoor Sports and Life Satisfaction Level, 8th International Conference Sport and Quality of Life, 10-11, Congress Centre-Brno/Czech Republic
- Ardahan, F. (2012). Life satisfaction and emotional intelligence of participants / nonparticipants in outdoor sports: Turkey case. *Social and Behavioral Sciences* 62, 4-11
- Argyle, M. & Martin, L. (1991) The origins of happiness. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds), *Subjective well-being*, Oxford: Pergamon
- Baltakiene, L. (2013) Relationships between 16-18 years old students’ participation in extracurricular activities and their prosocial behaviour as well their value orientations. *Ugadymas Küino Kultūra Sportas*, 1 (88), 18-24
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Schwartz, S. H., & Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures: Taking a similarities perspective. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 32, 268-290
- Bardi, A., & Schwartz, S. H. (2003) Values and behavior: strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207–2020

- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000) Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 55, 107–116
- Bilsky, W., & Schwartz, S. H. (1994) Values and personality. *European Journal of Personality*, 8, 163–181
- Caddick, N., & Smith, B. (2014). The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. *Psychology Of Sport & Exercise*, 15(1), 9-18
- Cieciuch, J., Davidov, E., Vecchione, M., & Schwartz, S. H. (2014). A hierarchical structure of basic human values in a third-order confirmatory factor analysis. *Swiss Journal Of Psychology*, 73(3), 177-182
- Cohen S., Pressman S. D. (2006) Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122–125
- Coons, S. J., Alabdulmohsin, S. A., Draugalis, J. R., & Hays, R. D. (1998). Reliability of an Arabic Version of the RAND-36 Health Survey and Its Equivalence to the US-English Version. *Medical Care*, (3), 428-435
- Curtis, K.A (1997) Prevention and Treatment of Wheelchair Athletic Injuries. *Journal of Athletic Therapy*, 2(1), 19-25
- Dagdelen, M. (2008). The Comparison of Mental Healthy level, Distribution of Mental Signs, Perceived Health, Occupational Satisfaction, Life Satisfaction and Sociodemographic characteristics Among Workers of Production and Service Industry, Inonu University, Medicine Faculty, Specialization Thesis
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to the self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation. Perspectives on motivation*, 38, 237–288. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Diener, E. (1984). Subjective Well Being, *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575
- Elizur, D, Sagie, A (1999) Facets of Personal Values: A Structural Analysis of Life and Work Values, *Applied Psychology: An International Review*, 48, 73-87
- England, G., & Lee, R. (1974). The relationship between managerial values and managerial success in the United States, Japan, India, and Australia. *Journal of Applied Psychology*, 59, 411-419
- Ettinger, W. H., Burns, R., Messier, S. P., Applegate, W., Rejeski, W. J., Morgan, T., (1997) A randomized control trial comparing aerobic exercise and resistance exercise

with health education program in older adults with knee osteoarthritis. The fitness arthritis and seniors trial (FAST). *JAMA*, 277, 64–70

Everett, B, Davidson, P. M, Sheerin, N, Salamonson, Y, DiGiacomo, M (2008) Pragmatic insights into a nurse-delivered motivational interviewing intervention in the outpatient cardiac rehabilitation setting. *J Cardiopulm Rehabil*, 28, 61–4

Fraser, G. E., & Shavlik, D. J. (2001) 10 years of life: Is it a matter of choice? *Archives of Internal Medicine*, 161, 1645–1652

Gochman, D. S (1971) Some correlates of children's health beliefs and potential health behavior. *J Health Soc Behav*, 12, 148–54

Graef, R., Csikszentmihalyi, M., & Gianinno, S. M. (1983) Measuring intrinsic motivation in everyday life. *Leisure Studies*, 2, 155–168

Hair, J. F. Jr., R. E. Anderson, R. L. Tatham, and W. C. Black (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall

Haslam, N., Whelan, J., Bastian, B. (2009) Big Five traits mediate associations between values and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 46, 40–42

Herodes, M., Oun, A., Haldre, S., & Kaasik, A. E. (2001). Epilepsy in Estonia: a quality-of-life study. *Epilepsia*, 42(8), 1061-1073

Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(8), 895-911

Kaplan, G. D, Cowles, A (1978) Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction. *Health Educ Monogr*, 6, 129–37

Kasser, T. M., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410–422

Knoppen, D. and Saris, W. (2009) "Do we have to combine Values in the Schwartz' Human Values scale? A Comment on the Davidov Studies", *Survey Research Methods* , 3(2), 91-103

Laffrey, S. C (1986) Normal weight and overweight adults: perceived weight and health behavior characteristics. *Nurs Res*, 35, 173–7

- Leventhal E. A., Hansell S. H., Diefenbach D. Negative affect and self-report of symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*. 1996; 15: 193–199
- Lox, C. L., Burns, S. P., Treasure, D. C., & Wasley, D. A. (1999). Physical and psychological predictors of exercise dosage in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1060–1064
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616–628
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855
- McKenzie, M.D. (2000). How Are Adventure Education Program Outcomes Achieved?: A Review Of The Literature. *Australian Journal of Outdoor Education*, (5)1, 19-28
- Meglino, B. M., & Ravlin, E. C. (1998). Individual Values in Organizations: Concepts, Controversies, and Research. *Journal Of Management*, 24(3), 351-389.
- Oishi, S, Schimmack, U, Diener, & Suh, E.M (1998) ‘The Measurement of Values and In- dividualism-Collectivism’, *Personality and Social Psychology Bulletin* 24, 1177–89
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E., & Lucas, R. E. (1999) Value as a moderator in subjective well-being. *Journal of Personality*, 67, 157–184
- Parks, L., & Guay, R. P. (2009). Review: Personality, values, and motivation. *Personality And Individual Differences*, 47675-684
- Pavot, W. Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E. (2001) Are happy people healthier: The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality*, 35, 521–536
- Pikó, B. & L. Brassai (2007) ‘Cultural Values and Health-Related Behaviours: A Comparison of Hungarian and Transylvanian Youth’, *European Journal of Mental Health* 2, 171–81
- Piko, B. F., Gibbons, F. X., Luszczynska, A., & Teközel, M. (2002) Does culture matter? Cross-cultural comparison of smoking patterns among adolescents. In I. Leal, T. Botelho, & J. P. Ribeiro (Eds.), *Proceedings of the 16th Conference of the Health*

Psychology Society (pp. 9–12). Lisbon, Portugal: Institute for the Application of Psychology

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*, 187–224

Rees, T., & Freeman, P. (2009) Social support moderates the relationship between stressors and task performance through self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 245–264

Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H., & Knafo, A. (2002) The Big Five personality factors and personal values. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 789–801

Rosenstock, I. M. (1966) “Why people use health services.”, *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94-127

Ryan, R.M., Sheldon, K.M., Kasser, T., and Decci, E.L. (1996) All Goals Are Not Created Equal: An Organismic Perspective On The Nature Of Goals And Their Regulation. In P.M. Gollwitzer & J.A. Barg(Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*, 7-47. NewYork: Guilford.

Sagiv, L., & Schwartz, S. H. (2000) Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology, 30*, 177–198

Sagiv, L., Roccas, S., & Hazan, O. (2004) Value pathways to well-being: healthy values, valued goal attainment, and environmental congruence. In P. A. Linley, S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley & sons, Inc.

Sahin, S. (2008). *Burnout and Life Satisfaction Level of Physical Education Teacher* , Mersin University, Institute of Healthy Sciences, Master Thesis, Mersin

Schwartz, S. H. (1992) Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology*. San Diego: Academic Press

Schwartz, S. H. (1996) Value priorities and behavior: Applying a theory of integrated value systems. In C. Seligman, J. M. Olsen, & M. P. Zanna (Eds.), *Values: The Ontario Symposium*, (Vol. 8). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Schwartz, S. H. (2005). Robustness and fruitfulness of a theory of universals in individual human values. In A. Tamayo & J. B. Porto (Eds.), *Values and behavior in organizations*, 56–95. Petro polis, Brazil: Vozes.

- Schwartz, S. H. (2006) Les valeurs de base de la personne: Théorie, mesures et applications [Basic human values: Theory, measurement, and applications]. *Revue Française de Sociologie*, 47, 249–288
- Schwartz, S. H., & Sagiv, L. (1995). Identifying culture-specifics in the content and structure of values. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 92–116
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., & ... Konty, M. (2012) Refining the theory of basic individual values. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 103(4), 663-688
- Schwartz, S.H., & Boehnke, K. (2003) Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38(3), 230-255
- Sheldon, K. M. (2005) Positive change during college: Normative trends and individual differences. *Journal of Research in Personality*, 39, 209–223
- Singer, R. N., Hausenblas, H. A., & Janelle, C. (2001). Handbook of sport psychology. New York: Wiley
- Smith, J. A (1981) The idea of health: a philosophical inquiry. *Adv Nurs Sci*, 3, 43–50
- Sortheix, F. M., & Lönnqvist, J. (2014) Personal value priorities and life satisfaction in Europe: The moderating role of socioeconomic development. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 45(2), 282-299
- Sullivan, D., LaCroix, A. Z., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001) Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 248–256
- Swift, H.J, Vauclair, C. M, Abrams, D, Bratt, C, Marques, S, Lima, M. L. (2014) Revisiting the paradox of well-being: the importance of national context. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*, 69 (6), 920-929
- Taft, B. G, Karlsson, J, Sullivan, M.(2001) Do SF-36 summary components scores accurately summarize subscale score?, *Qual Life Res*, 10(5), 395-404
- Tart, Realo, & Aavik (2014) Aavik, T. *Personal communication*.
- Wallston, K. A, Wallston, B. S (1982) Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: Sanders, G.S, Suls, J, editors. Social psychology of health and illness. Hillsdale, NY, Erlbaum, 65–95

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070

Williams P., Colder C. R., Lane J. D., McCaskill C. C., Feinglos M. N., Surwit R. S. Examination of the neuroticism-symptom reporting relationship in individuals with type 2 diabetes. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2002; 28: 1015–1025

WHO (1946) The WHO-Constitution. World Health Organisation, New York

World Health Organization (2012) Social Determinants of Health and Well-Being Among Young People: Health Behaviour of School-aged Childre: International Report from the 2009/2010 Survey

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sirle Suurväli,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose
“Erinevused personaalsetes väärtustes: tervisesportlaste ja spordiga mitte tegelevate inimeste võrdlus”,
mille juhendaja on Toivo Aavik,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **25.05.2015**